

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 2

DU TRAITEMENT

DU

CHANCRE SIMPLE

ET DE SES

PRINCIPALES COMPLICATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Novembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARIUS JUILLAN

Né à Graveson (Bouches-du-Rhône), le 20 juin 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

—
1903

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 2

DU TRAITEMENT

DU

CHANCRE SIMPLE

ET DE SES

PRINCIPALES COMPLICATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Novembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARIUS JUILLAN

Né à Graveson (Bouches-du-Rhône), le 20 juin 1876

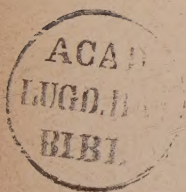


LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	X...
Clinique des maladies des enfants.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	WEILL.
Matière médicale et Botanique.....	MONOYER.
Parasitologie.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....	BEAUVISAGE.
Physiologie.....	LORTET.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie externe.....	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MORAT.
Anatomie pathologique.....	TEISSIER.
Médecine opératoire.....	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....	MAYET.
Médecine légale.....	TRIPPIER.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire..... DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.....	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.....	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.....	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.....	DEVIC, —
Accouchements.....	FABRE, —
Matière médicale.....	MOREAU, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
COLLET.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
BOYER.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BARRAL.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
MOREAU.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
			CAUSSE, ch...

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAILLETON, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. VALLAS et DURAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GAILLETON

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES

GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Le sujet que nous entreprenons de traiter n'est évidemment pas neuf, et nombreux, trop nombreux peut-être, sont les modes de traitement que l'on a tour à tour préconisés contre le chancre simple et ses complications. Aussi n'avons-nous ni la prétention, ni le désir d'ajouter un article à cette série interminable. Mais c'est précisément le nombre même de ces méthodes qui peut mettre le praticien dans un grand embarras quand il s'agira, pour lui, de faire parmi elles un choix judicieux. Le médecin qui en présence d'un cas déterminé, croirait pouvoir appliquer au hasard un de ces nombreux moyens thérapeutiques, aurait certainement à enregistrer plus de mécomptes que de succès. Mais comment choisir ? D'une part, en effet, il est certain que les nouvelles méthodes thérapeutiques ne doivent pas nous faire dédaigner les vieilles formules que nous

ont léguées nos devanciers, ni les substances auxquelles ils ont eu recours, car souvent nous devons les employer, soit par nécessité, soit d'ailleurs parce que chacune d'elles a à son actif des succès incontestables. D'autre part, les nouvelles méthodes, telles que le traitement par la chaleur ou le traitement chirurgical, ont pris et prennent encore, de jour en jour, une telle extension, qu'il devient impossible de ne pas reconnaître qu'elles devront à l'avenir tenir une grande place dans la thérapeutique du chancre simple et de ses complications.

Ne serait-il donc pas possible et utile en même temps d'opérer dans toutes ces méthodes une sorte de classification et de faire, parmi elles, un choix pour un certain nombre de cas types bien déterminés ? C'est ce double objet que nous aurons en vue dans ce modeste travail : nous serions amplement dédommagé de notre peine, s'il pouvait de temps en temps, dans le cours de notre pratique médicale, nous fournir les éléments d'une thérapeutique rationnelle dans un cas clinique embarrassant.

Nous diviserons notre travail en deux parties. Dans la première, nous passerons rapidement en revue, en les classant et en indiquant pour chacun d'eux le manuel opératoire, les différents modes de traitement que l'on a employés contre le chancre simple et ses principales complications : phagédénisme, phimosis et bubon. Après avoir vu ainsi ce qu'on peut faire, d'une façon générale, nous tâcherons, dans notre deuxième partie, de répondre, en nous plaçant à un point de vue purement pratique,

à la question suivante: En présence de tel ou tel cas, que doit-on faire ? En d'autres termes, nous essayerons de traiter alors la question des indications.

Il nous reste, au début de ce travail, un devoir bien agréable à remplir. Au moment de quitter tous nos Maîtres, pour aller mettre en pratique les leçons qu'ils nous ont données, nous avons à leur témoigner notre reconnaissance. Qu'ils soient assurés que nous n'oublierons pas leurs précieux enseignements. Nous remercierons tout particulièrement M. le professeur GAILLETON qui nous a confié le sujet de cette thèse et a bien voulu nous faire l'honneur de la présider.

Nous garderons également, dans notre souvenir, une place toute spéciale à MM. les docteurs Carle et Meynet : la deuxième partie de ce travail est leur œuvre à peu près exclusive, du moins quant au fonds, et les traitements qui y seront indiqués sont ceux qu'ils ont mis en pratique à la clinique de l'Antiquaille.

Que tous nos amis enfin sachent bien que nous n'oublierons pas les excellentes années passées avec eux ; nous espérons que notre séparation ne marquera pas la fin de nos amicales relations.

PREMIÈRE PARTIE

Nous laisserons de côté tout ce qui a trait à la nature et à la pathogénie du chancre simple. Depuis la découverte du bacille de Ducrey et les expériences qui en furent la suite, la nature bactériologique et spécifique de cette maladie semble devoir être admise. Néanmoins trop d'obscurités persistent encore et nous laisserons à d'autres plus compétents le soin de les éclaircir. Supposant donc le diagnostic établi, nous ne nous occuperons que du traitement. Dans cette première partie, nous passerons en revue, le plus rapidement possible, les diverses méthodes employées. Pour cela, après avoir fait une place au *traitement prophylactique* du chancre simple et du bubon, nous diviserons en deux classes les méthodes thérapeutiques.

1° *Thérapeutique médicale* du chancre simple et de ses complications. Ici nous ferons entrer : 1° *Les agents chimiques* caustiques et astringents ; 2° *Les agents physiques*.

II^o *Thérapeutique chirurgicale* du chancre simple. Nous étudierons à part le traitement chirurgical des complications, plus important que le traitement médical.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Chancre simple. — Le chancre simple étant une maladie essentiellement contagieuse, on s'est tout naturellement préoccupé du traitement prophylactique. Nous laisserons de côté les mesures de prophylaxie plus ou moins générales, dont l'étude est du ressort de l'hygiène, pour ne nous arrêter qu'à ce qui peut constituer un traitement proprement dit. C'est dans ce but de prophylaxie que S. GIOVANNINI entreprit, en 1897, les expériences suivantes : dix-sept sujets, porteurs de chancres simples, eurent chacun deux plaies inoculées avec du pus chancreux. L'une de ces plaies fut abandonnée à elle-même et l'autre lavée avec une solution de sublimé ; toutes les plaies non lavées se transformèrent en chancres et, parmi les autres, six seulement subirent cette transformation : on en pouvait conclure à une certaine efficacité du sublimé comme prophylactique, après un coût suspect.

Poursuivant ses recherches expérimentales sur la désinfection des plaies infectées avec du pus de chancre simple, le même auteur est arrivé, en 1902, aux résultats suivants :

Vingt et une plaies infectées et abandonnées à elles-mêmes étaient toutes transformées en chancres au quatrième ou cinquième jour ; sur 85 plaies également infectées et soumises à la désinfection, 34, soit quarante pour cent, ne sont pas devenues chancres. Cette désinfection avait été obtenue, à la température de la chambre, et 10 à 15 minutes après l'infection, soit par un lavage de 5 minutes à l'acide phénique à 5 pour 100 ou au permanganate à 1 pour cent, soit par un savonnage de 10 à 15 minutes. La désinfection était encore efficace 10, 15 et même 30 minutes après l'infection, si on employait un lavage de 10 à 15 minutes avec un savon ordinaire ou au sublimé, additionné d'eau à 38 ou 39 degrés.

Traitement prophylactique du bubon. — Quand la chancrelle fait son apparition, il faut, avant tout, prévenir les complications et, en particulier, l'écllosion du bubon. E. Welander cherche à atteindre ce but en pratiquant, avec toutes les précautions antiseptiques voulues, une ou deux injections de 0 gr. 50 de la solution suivante :

Benzoate de mercure.....	1gr
Chlorate de soude.....	0gr 30
Eau distillée	100gr

On applique par-dessus un pansement avec de la ouate imbibée de sublimé et un bandage compressif : si la peau est rouge et enflammée, on fait un badigeonnage à l'ichthyol à un sur deux ou un sur trois ; repos au lit. On observe, dans quelques cas, un peu de douleur et un léger infiltrat.

Cette méthode aurait donné 78 résultats favorables sur 100 cas dans lesquels l'auteur l'a appliquée, ce qui l'amène aux conclusions suivantes, que nous trouvons formulées dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (1891, p. 984) :

« 1^o Si le bubon est virulent, l'injection n'empêche pas son développement : il suppure.

« 2^o Si la fluctuation est prononcée, la peau amincie et rouge bleu, l'injection ne peut être utile qu'en ce sens que l'infiltration disparaît plus rapidement; mais, en général, il faut ouvrir le bubon ;

« 3^o S'il y a une fluctuation assez marquée, mais que la peau, quoique rouge, soit encore épaisse et saine, il est probable qu'en faisant une injection dans les parties avoisinantes infiltrées du bubon (à peu près dans 50 pour 100 des cas) il ne sera pas nécessaire de recourir à l'incision ;

« 4^o S'il n'existe pas de fluctuation, ou simplement une fluctuation insignifiante, il est extrêmement probable (environ 90 pour 100 des cas) que, quand même, pendant quelques jours, la fluctuation serait sensible, et que même pendant deux jours quelques gouttes de pus pourraient s'échapper de la piqûre, le bubon disparaîtrait sans laisser, dans la peau, la plus légère cicatrice ».

La beauté des résultats annoncés dans ces conclusions a inspiré, en 1893, à MM. Brousse et Bothezat, l'idée de se rendre compte par eux-mêmes de la valeur de cette méthode. Le traitement, institué dans toute sa rigueur, dans une série de dix obser-

vations, consignées tout au long dans les *Annales de Dermatologie*, n'a pas donné les résultats qu'on aurait pu en attendre : un seul succès et encore douteux. De leur travail, ces deux auteurs sont arrivés à conclure que la méthode de E. Welandér n'est pas absolument inoffensive, qu'elle donne lieu à des réactions souvent considérables, et peut-être même quelquefois dangereuses.

Nous en aurons fini avec le traitement préventif du bubon, quand nous aurons fait mention des dernières tentatives de Christian (1901), pour obtenir la résolution des bubons tout à fait au début. Cet auteur préconise les application de la pommade suivante :

Onguent napolitain.....	}	à à
Onguent belladoné.....		
Ichthyol.....		
Lanoline.....		

à renouveler tous les deux jours ; recouvrir d'un tampon de lint, d'une pièce de taffetas gommé et d'un bandage compressif. Dans les expériences de l'auteur, la résolution aurait été obtenue dans 50 pour cent des cas peu avancés.

I. — Thérapeutique médicale du chancre simple et de ses complications

1^o AGENTS CHIMIQUES

A. — *Médication caustique*. — « Tout malade atteint
« de chancres simples se trouve, pendant l'entière
« durée de ces accidents, exposé à un certain nom-
« bre de complications (lymphite, bubons, inocu-
« lations successives, phagédénisme, gangrène)
« desquelles la seule prophylaxie efficace consiste
« dans la suppression de la lésion chancreuse. Or,
« il n'est pas de moyen plus rapide d'arriver à ce
« résultat que la cautérisation, grâce à laquelle
« l'ulcère spécifique est transformé illico en plaie
« simple. Telle est l'origine, telle est la raison d'être
« de la méthode abortive ou ectroctique » (Jullien).

C'est le nom qui fut d'abord donné à la médication caustique. Cette méthode prit naissance à Lyon, sous l'impulsion de Diday qui, en 1841, préconisait l'emploi de la pâte de Canquoin (pâte au *chlorure de zinc*) dont on découpe un morceau, de façon à l'introduire à frottement dans l'ulcération ; au bout de quelques heures, l'ulcère est transformé en une escharre qui tombe et laisse à découvert une plaie de bonne nature, ayant tendance à se cicatriser rapidement.

Plus tard, le chlorure de zinc fut employé en solution ou sous forme d'éther zincé au 1/10^e, mais, la cautérisation avec ces substances étant trop rapide

et devant être renouvelée à des intervalles trop rapprochés, Balzer et Souplet ont recommandé, dans ces dernières années, l'emploi de la pâte de Socin, qui est formulée de la façon suivante :

Chlorure de zinc.....	5 à 6
Oxyde de zinc	50
Eau.....	50

Nitrate d'argent. — En 1882, C. Thiersch essaya le traitement du chancre phagédénique par les injections parenchymateuses de nitrate d'argent, en procédant comme il suit : après chloroformisation, on fait, à un centimètre tout autour du bord de l'ulcération, et à un centimètre l'une de l'autre, une série d'injections de un centimètre cube de la solution à 1/1500 de nitrate d'argent. On peut calmer la douleur consécutive, qui est considérable, par l'application de vessies de glace ; au cas où le phagédénisme continuerait à progresser, on recommencerait tous les huit ou quinze jours.

Depuis, le nitrate d'argent a été souvent employé, comme caustique, dans le traitement du chancre sous phimosis ou du bubon, mais comme, la plupart du temps, son emploi précède ou suit le traitement chirurgical, nous l'étudierons plus en détail avec ce dernier.

Nitrate de plomb. — Tout récemment, Melazzo a préconisé le nitrate de plomb qui aurait l'avantage de n'avoir aucune action sur les tissus sains. Après lavage au sublime à 1 pour 1000, on fait une applica-

tion de poudre de nitrate de plomb ; on peut calmer la douleur en faisant auparavant un badigeonnage à la cocaïne. Il se forme une croûte, puis une escharre qui tombe en 36 ou 48 heures, en laissant une lésion qui a perdu sa spécificité.

Acide phénique. — L'acide phénique avait été employé, dès 1886, dans le traitement des bubons, par Philip Harvey, dont le procédé nous est ainsi décrit par le Dr Morse K. Taylor : congeler la peau à l'éther, injecter vingt à trente gouttes d'une solution d'acide phénique à 1/60, puis placer sur le bubon un sac de plomb ou de sable d'un poids de trois livres, que l'on maintient solidement avec des bandes.

Ila, depuis, été recommandé contre le chancre simple dans la thèse de Montilier. L'auteur employait, à l'hôpital du Midi, dans le service de Du Castel, des badigeonnages d'acide phénique à 1/10, précédés d'un nettoyage antiseptique soigneux et suivis d'un pansement à l'iodoforme ; en ayant bien soin de passer le pinceau dans toutes les anfractuosités et sous les bords décollés, la guérison pouvait être obtenue en 4 ou 5 jours.

Enfin Neisser a usé de la cautérisation avec l'acide phénique pur : en agissant ainsi, on n'aurait pas l'induration inflammatoire que donne le nitrate d'argent ; on applique ensuite une pommade à l'iodoforme à 1/100, ou de la poudre d'iodoforme en pulvérisation avec de l'éther, et on recouvre le tout d'une pommade au nitrate d'argent (2 % et baume du Pérou 20 %).

Formaline. — La formaline, employée en badi-geonnages par V. Franck, aurait une action analogue à celle de l'acide phénique.

Acide pyrogallique. — L'acide pyrogallique, déjà employé en 1880 par E. Vidal, mêlé à l'axonge à la dose de 20 %, en applications 3 fois par jour, fait, en 1883, de la part du même auteur, l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine. Dans le cas d'ulcère sans anfractuosité, l'auteur emploie une pommade avec :

Acide pyrogallique.....	20
Axonge ou vaseline.....	80

Dans le cas de bubons à bords décollés, à trajets multiples, insufflations avec :

Pyrogallol.....	20
Poudre d'amidon.....	80

L'ulcération se dessèche, devient grisâtre ; il se forme une escharre qui tombe, et laisse, après elle, une plaie de bonne nature.

Tayuya. — Signalons l'emploi du tayuya dans le traitement du chancre phagédénique (Pirocchi). La teinture de tayuya diluée aurait une action topique, excitante, antiseptique et cicatrisante et, d'après l'auteur, semblerait, dans le phagédénisme, pouvoir disputer le pas au fer rouge lui-même.

Chlorure de méthyle. — Signalons enfin les essais

de traitement du chancre simple par les vaporisations de chlorure de méthyle (Brandweiller, *Clinique du Professeur Neumann, de Vienne*). La façon d'opérer est la suivante : après un lavage soigneux au sublimé, on dirige, d'une distance de 20 centimètres, un jet de chlorure de méthyle sur l'ulcère, pendant une durée de 3 à 5 minutes ; on saupoudre ensuite avec de l'idoforme et on recouvre d'un pansement ordinaire ; il faut 2 à 3 séances par jour. Le chancre se déterge en 4 ou 5 jours, et se transforme en une ulcération de bonne nature, qui se cicatrise normalement ; la statistique de l'auteur donne 33 résultats favorables sur 40 cas ainsi traités.

B. — *Médication astringente*. — « Placer l'ulcère
« dans les meilleures conditions locales, ne le
« soumettre qu'à des modifications d'une intensité
« modérée, surveiller, diriger sa marche de façon
« à parer aux complications intercurrentes, tel est le
« principe de la médication palliative astringente,
« qui n'est, à tout prendre, que le traitement symp-
« tômatique de la lésion » (Jullien).

Comme on le voit, d'après cette définition, les substances que nous allons maintenant passer en revue, sont des substances plus anodines que les précédentes, aux effets moins violents, et dont l'action principale sera d'opérer et d'entretenir, au sein de la lésion, une antiseptie relative.

Camphre. — Le camphre est une des substances le plus anciennement employées pour le traitement

du chancre simple : d'après Champollion, la poudre de camphre rendrait le bubon beaucoup plus rare, et cet auteur rapporte une observation de Diday, concernant un officier qui, après avoir employé tous les autres moyens connus, fut guéri en un mois par des applications, répétées trois fois par jour, de cette substance. Baudoin, qui l'employait surtout contre le phagédénisme, rapporte également trois observations de chancres ayant résisté à d'autres moyens, et ayant cédé aux applications de camphre pulvérisé. Toujours contre le phagédénisme, Lajoue préconisait le camphre salicylé, sous forme de pommade, formulée de la façon suivante, et dont il aurait obtenu de bons résultats :

Camphre.....	}	à à 10gr
Acide salicylique.....		
Alcool à 90°.....		X gouttes
Vaseline.....		10gr
Paraffine.....		95gr

Une autre formule, dans laquelle entre encore le camphre, est celle proposée par E. Cavazzani, qui aurait donné à son auteur 26 cas de guérison, avec une durée moyenne du traitement de sept jours. C'est un mélange avec :

Hydrate de chloral.....	5
Camphre.....	3
Glycérine neutre.....	25

Pour en finir avec le camphre, nous citerons la statistique publiée par H. Gafé dans le *Lyon Médical* (1872) et portant sur une série de treize observations.

Les résultats étaient tous favorables et l'on notait, en particulier, que la durée de la maladie était considérablement diminuée et le traitement exempt de toute douleur. L'auteur employait le camphre selon la méthode de Netter, qui consiste à en remettre par dessus à mesure que les couches profondes se liquéfient, sans rien enlever jusqu'au moment où l'on cesse le traitement.

Iodoforme. — L'iodoforme fut tout aussi en honneur que le camphre et, de nos jours, son emploi a survécu à celui de ce dernier. Dès 1873, PETITEAU vantait son efficacité, dans le phagédénisme, comme topique cicatrisant et anesthésique local, et Profeta, dans une « Lettre à M. le Dr Doyon », relatait son emploi dans une série de treize observations d'ulcères vénériens, dont plusieurs phagédéniques. Bonalumi l'emploie comme topique dans le traitement du chancre simple et des bubons et, en 1889, Eichstorff, dans sa thèse, préconise les injections d'éther iodoformé contre les bubons, en même temps que William Otis emploie les injections d'onguent iodoformé chaud à 10 %, après ouverture aseptique de l'abcès et lavage au sublimé à 1/1000.

Enfin en 1895, Henric publie une thèse, inspirée par Fontan, médecin principal de la marine, sur le *traitement du bubon suppuré par l'injection de caseïne iodoformée et le pansement occlusif*. Nous pouvons résumer ainsi la méthode employée par l'auteur : après avoir rasé et désinfecté la région, ponctionner l'abcès, évacuer le pus, laver avec une

solution de sublimé à 1/1000, remplir la cavité avec de la vaseline iodoformée à 1/10, liquéfiée au bain-marie et recouvrir de compresses sublimées et de gaze et collodion iodoformés. La douleur disparaît rapidement, la plaie se réunit par première intention en deux ou trois jours et la guérison est obtenue en dix à douze jours, en moyenne.

Voici d'ailleurs la statistique de M. Fontan.

Sur 183 bubons traités à St-Mandrier, de 1889 à 1894, par cette méthode :

123 ont guéri en moins de 10 jours			
30	—	—	10 à 15 jours
8	—	—	15 à 20 —
6	—	—	20 à 30 —

soit une moyenne de 12 jours.

Enfin, 16 rechutes pouvaient nettement être imputées à une faute opératoire.

D'autre part, sur 116 bubons traités par les autres méthodes :

10 ont guéri en moins de 10 jours			
12	—	—	10 à 15 —
25	—	—	15 à 20 —
28	—	—	20 à 30 —
41	—	—	30 à 190 —

soit une moyenne de 50 jours.

Acide salicylique. — L'acide salicylique a joui d'une certaine réputation dans le traitement abortif du chancre simple. Hebra avait même prétendu que

deux ou trois applications d'acide salicylique suffisaient pour détruire ses propriétés spécifiques et le transformer en une plaie simple et de bonne nature, pouvant se cicatriser en 24 ou 48 heures. Szadek, ayant repris les expériences d'Hébra, conclut en reconnaissant les avantages de l'acide salicylique employé notamment en pommade, dans le traitement du chancre simple, bien que, d'après lui, cette substance ne soit pas supérieure à d'autres, l'iodoforme et l'iodol par exemple. Employé en poudre, il peut déterminer un peu d'irritation et son application est souvent douloureuse.

Perez Ortis conçoit de la façon suivante le traitement du chancre simple : pour lui, il y a trois indications à remplir : 1^o traiter la vésico-pustule initiale et la faire avorter, si c'est possible ; 2^o atténuer la période d'état ; 3^o veiller au processus de réparation. Il les remplit ainsi qu'il suit :

1^o Laver et saupoudrer avec :

Acide salicylique.....	}	à 10gr.
Iodoforme ou salol.....		

2^o L'ulcération étant confirmée, panser avec :

Hydrate de chloral.....	5
Camphre.....	5
Iodoforme	1
Glycérine.....	90 à 100

ou avec une pommade salicylée à 10/30.

3^o Enfin, pour la cicatrisation, panser avec une poudre au salicylate de bismuth.

En résumé, pour cet auteur, l'acide salicylique serait le spécifique du chancre simple.

Tartrate ferrico-potassique. — Mais l'acide salicylique n'est pas la seule substance à laquelle on ait attribué une efficacité aussi souveraine contre la maladie qui nous occupe. En 1895, Hallopeau et Macrez ont communiqué à la Société de Dermatologie une observation d'un cas de chancre simple phagédénique traité par la solution forte de tartrate ferrico-potassique. La méthode des auteurs étant exposée dans les conclusions de leur travail, nous croyons ne pouvoir mieux faire que de les citer.

« 1^o Le tartrate ferrico-potassique a une action
« *spécifique* sur l'agent infectieux du chancre simple
« phagédénique.

« 2^o Il doit être appliqué en solution très forte (1/3)
« et d'une manière continue.

« 3^o La médication est douloureuse pendant les
« premiers jours ; on atténue beaucoup cette dou-
« leur en faisant précéder chaque application d'un
« attouchement avec de l'alcool pur.

« 4^o Au bout de peu de jours, les applications ne
« provoquent plus aucune douleur.

« 5^o Elles ne déterminent jamais aucune irrita-
« tion, à l'encontre des préparations de protochlo-
« rure de fer.

« 6^o Le phagédénisme présente les plus grandes
« analogies objectives avec la pourriture d'hôpital.

« 7^o La substitution d'un exsudat dense et néo-
« membraneux à l'exsudat pultacé et putrilagineux

« du début indique, dans les deux maladies, une
« diminution du pouvoir infectant de l'agent patho-
« gène ».

Nous venons de voir les principales substances, recommandées contre le chancre simple, que nous avons pu classer dans la médication astringente ; il en est quelques autres encore dont l'usage a été peut-être un peu moins répandu.

Résorcine. — Leblond et Fissiaux (*traitement du chancre simple chez la femme*) ont conseillé de toucher l'ulcération, tous les deux ou trois jours, avec une solution de résorcine à 5/1000 et de continuer par des applications de résorcine en poudre ; la guérison a été obtenue, par ces auteurs, après une durée moyenne de dix-neuf à vingt-six jours.

Permanganate de potasse. — Le permanganate a été employé par F. Balzer sous forme d'irrigation continue avec la solution chaude à 1/1000. L'auteur faisait passer sur le chancre une dizaine de litres de cette solution à 40 degrés, en réglant l'écoulement de façon à ce que la séance durât de deux à trois heures, avec une température aussi égale que possible ; dans l'intervalle des séances, pansement avec de la gaze iodoformée, imbibée de liqueur de Labarraque. De même Arning recourait à des lavages quotidiens de deux heures avec une solution de permanganate à 5/1000, portée à une température de 50 degrés.

Europhène. — Nous ne ferons que signaler les tentatives de traitement par l'europhène (substance renfermant 28 pour cent d'iode) qui, d'après L. Estay, remplacerait l'iodoforme et aurait sur ce dernier l'avantage de ne pas avoir d'odeur, d'être très adhérent, pas toxique et très légèrement caustique.

Nosophène. — Un autre succédané de l'iodoforme serait le nosophène (tétra-iodo-phénol-phtaléine) que l'on appliquerait après lavage soigneux à l'hydrozone, et qui aurait donné à Ohmann-Dumesnil de rapides guérisons.

Peroxyde d'hydrogène. — A signaler également les pulvérisations sous haute pression de peroxyde d'hydrogène suivies de pansement à l'iodol, (Parker Worster) et les badigeonnages quotidiens de *Gaiïacol* suivies d'applications de talc ou oxyde de zinc : d'après Djelaleddin-Moukhar (de Constantinople) quatre ou six applications de *Gaiïacol* suffiraient le plus souvent pour amener la guérison.

Décoction de Pollini. — Nous terminons enfin cette longue énumération par la fameuse décoction de Pollini, si vantée autrefois, et dont la formule nous est donnée par Sangiorgio (*Annales de Dermatologie*, 1871) :

Ces deux substances dans un sachet de toile	Salsepareille	{	aa 13s
	Squine		
	Pierre-ponce		
	Antimoine anc.....		
	Coquilles de noix....		270gr
	Eau.....		4000gr

Faire cuire une demi-heure en vase clos, puis enlever le sachet, faire cuire de nouveau jusqu'à réduction de moitié et presser dans un linge.

Scarenzio pense que l'efficacité de ce médicament est due à une substance secrète qu'il renfermerait en plus des précédentes et qu'il croit être du cuivre ; il propose, en conséquence, d'y ajouter, par 750 grammes, 0 10 centigrammes de sulfate de cuivre ammoniacal.

Nous en avons fini avec les substances chimiques employées dans le traitement du chancre simple et de ses complications. En existe-t-il d'autres encore ? C'est fort possible. Nous pensons du moins avoir énuméré les principales. En tous cas, nous en avons certainement cité suffisamment pour donner une idée de leur nombre et de leur diversité et surtout pour avoir des éléments suffisants pour pouvoir, en toute connaissance de cause, choisir une thérapeutique.

2° AGENTS PHYSIQUES

Nous allons maintenant passer aux agents physiques : ils sont bien moins nombreux et, en dehors des essais de traitement du phagédénisme par l'irrigation continue au moyen de bains de siège tièdes prolongés et renouvelés souvent (Hutchinson), la plupart des autres méthodes ont pour base la chaleur sous diverses formes : eau chaude, air chaud, chaleur rayonnante, etc.

Dès 1875, Simmons avait publié une note sur le

« traitement des chancres simples phagédéniques par l'immersion dans l'eau chaude ».

A Aubert (de Lyon) revient le mérite d'avoir été le vulgarisateur de cette méthode qui répondait par avance à la conception, plus tard vérifiée, d'une pathogénie bactériologique du chancre simple.

Ainsi qu'il nous le dit lui-même, ses recherches furent inspirées par les travaux de Chauveau sur l'atténuation et la modification des virus par la chaleur. Des expériences instituées sur des malades de son service, lui permirent de constater que le chauffage pratiqué entre 42 et 43 degrés avait complètement éteint l'inoculabilité du virus après 24 heures, puis après 3 heures, et même après 1 heure seulement. Ces recherches expérimentales prouvant que la chaleur était un excellent moyen de détruire le virus chancreux, il restait à en tirer des applications thérapeutiques pour le traitement du chancre simple. Aubert essaye d'abord les irrigations continues d'eau chaude, puis le chauffage local et le bain chaud général. L'un est insuffisant, l'autre difficile à supporter pendant un temps assez long. L'auteur s'arrête donc finalement au bain de siège ou, mieux encore, au demi-bain à 40 ou 42 degrés « qui, dit-il, « élève suffisamment la température centrale, au « voisinage de 39 degrés environ et augmente à la « fois la chaleur périphérique des parties immer-
« gées. On peut avec lui, (nous citons toujours),
« espérer détruire dans un temps très court, et
« peut-être du jour au lendemain, la virulence des
« surfaces chancreuses ».

En 1885 Lormand reprend les expériences d'Aubert en appliquant le traitement par les bains prolongés à 39 ou 40 degrés; la virulence a disparu dans tous les cas et l'auto-inoculation est toujours devenue négative après un ou plusieurs bains.

Arnozan et Vigneron, en 1891, ont modifié la technique d'Aubert; au lieu des bains généraux ou des demi-bains à 40 degrés, ils emploient le chauffage local; ils donnent, pour cela, des bains de la verge, pendant une demi-heure, dans une solution phéniquée à 1/1000 à la température de 40 degrés. Pour les bubons indurés incisés ou ponctionnés, ils pratiquent une injection de la même solution, avec une seringue à hydrocèle. D'après ces auteurs, le traitement agit surtout dans les premiers jours de son application; il modifie l'aspect du chancre ou de la cavité ganglionnaire et lui donne l'apparence d'une ulcération simple ou d'une adénite inflammatoire. Dans les phases ultimes de la réparation, il a une action moins favorable et semble déterminer un peu d'induration qui pourrait faire croire à un chancre mixte; dans tous les cas, il paraît susceptible d'enrayer le phagédénisme.

La même méthode est plus tard recommandée par J. Fournier, et Legrand communique à la Société de Dermatologie (1892) une observation d'un cas de chancres multiples compliquées de fièvre hectique; traitées par l'eau chaude.

Toujours en 1892, M. Welander (de Stockholm) essaye de traiter le chancre simple en faisant passer de l'eau, à 50 ou 52 degrés, dans des tuyaux de

plomb appliqués sur la plaie, et Lorand, qui reprend ces expériences, en conclut qu'un des grands avantages de la méthode est d'empêcher la production des bubons; ce dernier auteur n'en aurait pas observé un seul sur 118 cas de chancre simple traités de cette façon.

Haralamb (de Bucharest) fait en 1897, les premières tentatives de traitement du chancre simple par l'air chaud et, en 1899, Krösing publie une série de 40 observations de chancres simples traités par la chaleur rayonnante; nous exposerons en détail, dans notre deuxième partie, en quoi consiste cette méthode.

Sur ces 40 cas, la guérison a été obtenue, après une durée moyenne de 21 jours pour 31 cas (L'auteur n'a vu les 9 autres qu'une seule fois.)

Dans 28 cas, 1 seule application a suffi.

—	8	—	2	—	—
—	3	—	3	—	—
—	1	—	4	—	—

Sur les 40 sujets, porteurs de ces chancres, 15 étaient, quand ils se présentèrent, atteints de bubons douloureux; tous, sauf un, disparurent sans suppuration par l'application d'un emplâtre de mercure ou d'iodol et des onctions avec le vasogène iodé.

Enfin, en 1899, Manfanovsky publie un travail sur le traitement par la vaporisation. Voici comment l'auteur conseille de procéder: après un lavage à l'eau boriquée, assécher la plaie avec du coton

hydrophile et protéger les tissus sains avec une couche de gaze ; pratiquer la vaporisation en tenant l'orifice du tube à une distance de l'ulcère de 4 à 8 centimètres ; à cette distance, la température de la vapeur d'eau (50 à 60 degrés) suffit à détruire la virulence du chancre. On fait, chaque jour, une séance de 5 à 10 minutes. En trois ou quatre séances, le chancre se transforme en une plaie simple, non infectée, qui se cicatrise après six à douze séances.

De nos jours, les applications de la chaleur, dans le traitement du chancre simple, deviennent de plus en plus nombreuses, de plus en plus variées ; mais la plupart de ces méthodes sont trop récentes, leurs résultats sont trop peu certains ou, du moins, trop peu connus pour que nous puissions les consigner dans ce travail.

II. — Thérapeutique chirurgicale.

A. — CHANCRE SIMPLE.

Il nous reste à passer en revue ce qui a été fait pour le traitement du chancre simple, dans le domaine chirurgical. Nous devons dire, tout d'abord, que, jusqu'à ces dernières années, c'est surtout contre ses complications, phimosis et bubon, que le traitement chirurgical a été appliqué. Néanmoins, comme c'est le traitement du chancre lui-même qui fait l'objet principal de ce travail, c'est lui que nous placerons en premier lieu et nous verrons ensuite ce qui a été fait, au point de vue chirurgical, contre ses principales complications.

Il faut arriver en 1881, pour trouver les premières tentatives de traitement chirurgical du chancre simple. C'est MARC SÉE qui conseille de *ràcler, avec une curette tranchante*, la matière pulpeuse qui recouvre l'ulcération et de ne s'arrêter qu'aux tissus sains. S'il y a phimosis, il faut débrider d'abord au thermocautère et ràcler ensuite comme précédemment. Dans un deuxième temps, on pratique une cautérisation profonde et on applique un pansement antiseptique : la guérison serait ainsi obtenue en quinze jours ou trois semaines.

STEPANOFF, en 1894, préconise le traitement par la

chaleur, mais après *grattage et excision des bords de l'ulcère*, et, l'année suivante, E. Feibes expose un traitement complet du chancre simple dans lequel le râclage tient encore la principale place, accompagné de frictions au sublimé et avec la pommade suivante :

Onguent de zinc de Wilson.....	15gr
Baume du Pérou.....	4gr
Nitrate d'argent.....	0gr 2 à 0gr 5

Il en est de même de LASSAR qui, bien que préconisant les lavages à l'eau salicylée et les onctions avec l'huile salicylée à 2 %, donne encore la préférence au traitement purement mécanique par le *râclage*, la cautérisation au thermocautère et l'excision.

Citons encore GRITZOFF qui recommande le *curettage*.

Enfin avec UNNA, nous avons, en 1898, un traitement chirurgical complet du chancre simple; le voici exposé en détail :

Après nettoyage soigneux, on congèle la plaie au moyen d'un jet de chlorure d'éthyle, puis, avec un rasoir, on excise le disque congelé, sur une épaisseur de 2 millimètres et demi à 3 millimètres; on passe le crayon de nitrate d'argent pour arrêter l'hémorrhagie, on soupoudre d'iodoforme, et on recouvre avec une bandelette d'emplâtre à l'oxyde de zinc qui fait plusieurs fois le tour de la plaie. Après 24 ou 48 heures, on enlève le pansement, on remet de l'iodoforme et une nouvelle bandelette; quelquefois

un seul pansement suffit pour les tout petits chancres; pour ceux de plus grandes dimensions, deux à quatre sont nécessaires. Dans le cas de chancres multiples, on pratique leur congélation et leur abrasion les uns après les autres, et on les recouvre avec la même bandelette. La seule contre-indication réside dans quelques sièges spéciaux du chancre qui peuvent rendre l'application de la méthode impossible; tels, par exemple, le méat, le frein ou le sillon balano-préputial.

B. — COMPLICATIONS

1° *Phimosis*. — Le traitement chirurgical, avons-nous dit plus haut, a été appliqué à ses complications avant de l'être au chancre lui-même. En effet, dès 1872, R. W. TAYLOR publie une étude sur « quelques points pratiques du traitement du phimosis produit par les ulcères chancereux ». L'auteur considère deux degrés dans la maladie. A un premier degré, on trouve un œdème modéré, mou; le gland ne peut être complètement découvert, mais n'est point fixé au prépuce; il peut être encore plus ou moins mobilisé mais non sans douleur, il est tuméfié. Au deuxième degré, l'œdème augmente, devient dur; on observe une rétraction du gland produite par la pression du prépuce et, lorsque le gland est trop tuméfié, on peut voir survenir l'étranglement et la gangrène. Il propose, en conséquence, comme traitement au premier degré: une injection sous-préputiale avec la solution forte d'acide carbolique; le phi-

mosis disparaît en deux ou trois semaines et on peut procéder alors à la circoncision. Au deuxième degré, il faut faire un débridement précoce par deux incisions latérales, puis recouvrir d'un pansement à l'acide carbolique.

L'essentiel, dans cette opération, c'est d'obtenir la réunion immédiate et surtout d'éviter l'inoculation de la plaie opératoire. Nous avons, sur ce sujet, une communication d'AUBERT sur la « réunion immédiate dans l'opération du phimosis compliquant le chancre simple » avec six observations à l'appui. Après avoir cité les opinions plus ou moins divergentes de Diday, Ricord et Rollet sur cette question, Aubert constate que sur un point, l'accord est complet, à savoir : l'inoculation constante de la plaie opératoire. Comment l'éviter ? L'auteur nous le dit dans les conclusions de son travail :

« 1^o On peut, dans l'opération du phimosis, compliquant le chancre simple, obtenir à peu près sûrement la réunion immédiate et éviter l'inoculation de la plaie produite.

« 2^o Les conditions du succès sont : des soins minutieux de propreté, et la cautérisation préalable de tous les chancres au thermocautère.

« 3^o Un léger débridement en un ou plusieurs points, facilitera le lavage des surfaces et la cautérisation des chancres sous-préputiaux ».

Enfin SALSETTO conseille également l'ablation totale ou partielle du prépuce, après cautérisation préalable de tous les chancres au nitrate d'argent.

2° *Bubon*. — Nous venons de voir le traitement du phimosis ; nous terminerons par celui du bubon qui, plus souvent encore que le phimosis, vient compliquer le chancre simple.

C'est d'abord avec LE PILEUR (1874) le traitement par l'*aspiration*. Il consiste à pratiquer, dès que le pus est collecté, une ponction avec le trocart aspirateur ; si le pus est reconnu virulent, on peut faire, à la suite, une injection de nitrate d'argent à 1/30 : il reste une cicatrice insignifiante et la guérison est obtenue beaucoup plus rapidement que par l'incision au bistouri. Deux séries de huit et dix-huit observations, recueillies par l'auteur à Saint-Louis, dans le service d'A. Fournier (1880-1881) viennent d'ailleurs à l'appui de la méthode qu'il préconise.

WIEGER propose de traiter les bubons par de petites *ponctions multiples*, pratiquées aussitôt que la fluctuation est perceptible et même avant qu'elle ne soit nettement sentie : on recouvre aussitôt la tumeur d'un vésicatoire.

La ponction a été, depuis, recommandée par beaucoup d'auteurs, mais tous la font suivre d'une injection modificatrice. Cette injection peut être faite avec diverses substances. DELAHOUSSE (1882), après désinfection soigneuse au savon et à l'eau phéniquée à 1/100, et ponction de la tumeur, conseille d'y injecter une solution de chlorure de zinc à 10 pour 60 ; après la sortie du liquide, pratiquer une injection d'eau phéniquée, placer un drain et recouvrir d'un pansement phéniqué ; la guérison pourrait ainsi être obtenue en 6 à 12 jours.

D'autres auteurs, après la ponction, injectent du nitrate d'argent. C'est ainsi que CORDIER (1890) conseille de traiter le bubon de la façon suivante : au début, repos et absence d'irritation, pour essayer d'obtenir la résolution. Dès que l'œdème révèle la présence du pus, faire une ponction très étroite au bistouri, exprimer le pus et injecter 1 centimètre cube de la solution de nitrate d'argent à 1/50, puis panser à l'iodoforme. La guérison est obtenue en deux ou trois jours, en laissant un noyau induré. A une période plus avancée, après ponction et lavage de la collection purulente, Cordier fait une deuxième injection qu'il abandonne dans la cavité.

Nous avons exposé, à propos du traitement abortif du bubon, la méthode de E. WELANDER, qui consistait à faire une ou deux injections de benzoate de mercure (Cf. page 13). SPIETSCHKA, dans les adénites purulentes et fluctuantes, pratique des injections plus fréquentes et sur différents points ; de plus, il n'attend pas trop la résorption du liquide, mais il l'évacue par une petite piqûre, quelques jours après l'injection. Tous les deux ou trois jours, on fait une bonne irrigation avec la solution de sublimé à 1/1000, et on recouvre d'un pansement compressif. Cette méthode n'est, on le voit, qu'une modification de celle de E. Welander ; ce qui la caractérise, c'est la piqûre évacuatrice, et c'est à cause de ce dernier point que nous avons cru devoir la placer dans la thérapeutique chirurgicale.

Avec la ponction, on a également employé l'*incision*, toujours accompagnée d'injections modifica-

trices. D'après MAURIAC, il faut, dès l'apparition de la douleur et du gonflement, essayer un traitement abortif consistant à plonger dans le ganglion un bistouri très étroit et à évacuer le pus déjà formé. Si les lèvres de la plaie donnent déjà quelques signes de chancrellisation, pratiquer des injections neutralisantes consistant, soit en quelques gouttes de nitrate d'argent à 1/10, tous les jours, soit en quelques gouttes de la solution saturée de chlorure de zinc tous les 4 ou 8 jours. Dans l'intervalle des injections, appliquer un pansement au chloral à 1/150 et donner des bains prolongés tous les deux jours.

Toujours après l'incision aseptique de l'abcès, Wiliam R. OTIS conseille un lavage au sublimé à 1/1000, puis une injection d'onguent iodoformé chaud à 10 pour 100; on recouvre d'une compresse froide imbibée de sublimé.

Enfin, PIASESKI et ORNSTEIN, après avoir fait une incision de 4 ou 5 centimètres et exprimé le contenu de l'abcès, font, pendant 4 ou 5 jours, une injection de nitrate d'argent à 1/50, suivie de l'application d'un bandage compressif à la gaze iodoformée, puis pratiquent, tous les deux jours, une injection de la solution à 1/100.

Il nous reste, pour en avoir fini avec le bubon, à parler du traitement le plus radical, celui-là même que nous avons vu appliquer par UNNA au chancre simple, nous voulons dire l'excision, l'ablation, l'extirpation totale.

Déjà, en 1880, on peut d'un travail de CARAMITTI

sur le « Traitement des adénites chancreuses », extraire les conclusions suivantes :

« 1^o Doit-on exciser les bords et les lambeaux cutanés dans la mono-adénite? Oui, chez les sujets lymphatiques et que l'on ne peut surveiller de près ; non, si les lambeaux sont forts et bien nourris.

« 2^o Que faire dans l'adénite virulente liée au chancre mou? Inciser, enlever les lambeaux, transformer le chancre mou en une plaie simple ; appliquer ensuite un pansement iodoformé ou à l'onguent résineux de Bologne ».

Pour LANG, il faut, après avoir fait une incision longitudinale, pratiquer l'extirpation ou le curettage des produits pathologiques, la désinfection de la cavité et l'excision des bords décollés de la plaie ; on procède ensuite au drainage et à la réunion des lambeaux par des sutures entortillées. De même J. GARLAND-SCHERILL conseille l'ablation complète des bubons quand ils menacent de suppurer.

Nous citerons encore, pour terminer, les conclusions d'un travail de H. FOURNIER sur cette question ; elles paraissent, en effet, résumer les différents traitements chirurgicaux du bubon que nous venons d'exposer et elles sont, d'autre part, appuyées de 27 observations.

« L'adénite, satellite du chancre simple, est le plus souvent une poly-adénite. Elle peut être infectée par le bacille de Ducrey, non seulement dès son ouverture, mais même avant la suppuration. Avant la suppuration le bubon doit être

« traité surtout par les méthodes de douceur : repos,
« compresses, vésicatoires. Une fois l'abcès établi,
« il faut recourir : 1° à l'incision ordinaire pour les
« mono-adénites peu graves ; 2° à l'incision avec
« curettage pour les cas plus sérieux ; 3° à l'extirpa-
« tion totale du paquet ganglionnaire, toutes les
« fois qu'il y a poly-adénite notable, appréciable
« après l'incision ».

DEUXIÈME PARTIE

Nous venons de voir combien sont nombreuses les méthodes de traitement du chancre simple ; évidemment toutes ont pu donner des succès, mais toutes ne sont pas également bonnes à appliquer dans tous les cas. A laquelle donnerons-nous la préférence ? Pour essayer de répondre à cette question, nous envisagerons deux hypothèses :

I. — Le malade se présente au début de l'affection dans les trois ou quatre premiers jours, au plus tard.

Ici nous aurons à distinguer deux cas, à savoir :

A. — *Le chancre est unique.*

B. — *Les chancres sont multiples ou mal placés.*

Dans une deuxième hypothèse :

II — Les chancres ayant évolué, le malade se présente à la période d'état

Ici encore, les chancres peuvent :

A. — *Etre répandus sur la muqueuse ou la peau, ou*

B. — *Affecter certaines localisations* impliquant un traitement spécial.

Nous terminerons par le traitement des principales complications.

I. — Le malade se présente au début de l'affection.

A. — LE CHANCRE EST UNIQUE

Nous supposerons de plus qu'il est situé soit sur le fourreau cutané pénien (rare) ou préputial ou sur le limbe préputial, soit sur la muqueuse du prépuce. Dans ces conditions, nous serons en droit d'essayer le traitement abortif, et il aura d'autant plus de chances de réussir que la maladie sera plus près du début.

D'autre part, c'est évidemment dans ce cas, par hypothèse le plus simple de tous, que le traitement chirurgical pourra nous donner le plus de succès, avec le moins de risques d'inoculation opératoire. Nous adopterons donc la méthode de Unna; nous l'avons exposée en détail dans notre première partie (*Cf.* page 34); rappelons seulement qu'elle consiste à enlever le chancre au rasoir, après l'avoir congelé au chlorure d'éthyle. On peut apporter à cette méthode quelques légères modifications, ou plutôt, quelques simplifications. Au lieu du rasoir on peut employer le petit ciseau courbe, en faisant suivre l'opération d'un point de suture au catgut très fin. Il est inutile de passer le nitrate d'argent après la section, comme le veut l'auteur, l'hémorrhagie consécutive étant insignifiante et s'arrêtant toujours

sous l'action compressive du pansement ; d'ailleurs, la cautérisation ainsi faite ne peut que retarder la cicatrisation. De même, pour ce pansement, il n'est pas nécessaire d'employer les bandelettes à l'oxyde de zinc de Unna, qui sont d'une application compliquée et difficile et d'une asepsie douteuse. Un pansement simple, un peu compressif, avec de la poudre d'iodoforme (si l'on est à l'hôpital), ou d'aristol, dans la clientèle, suffit largement dans la plupart des cas.

Il nous faut ajouter trois recommandations essentielles à l'emploi de cette méthode.

a) Il est indispensable de procéder, avant d'opérer, à des lavages soigneux et répétés de la petite ulcération et de la région, les chances d'inoculation en seront considérablement diminuées. Après savonnage, on peut employer indifféremment l'eau oxygénée, l'eau blanche, le sublimé, etc. ; le choix de l'agent importe peu, toutes les substances antiseptiques sont bonnes, pourvu qu'elles soient convenablement appliquées.

b) Toujours dans le but d'empêcher l'inoculation des parties voisines, on aura soin, dans l'excision, de dépasser suffisamment les bords de l'ulcération, et on les dépassera d'autant plus que celle-ci sera plus ancienne ; l'ulcération proprement dite est entourée d'un petit bourrelet rouge, oedémateux qu'il est nécessaire d'enlever avec elle pour que l'abortion soit réelle.

c) Enfin, si l'on emploie le rasoir, on ne restera pas trop à la surface. Il n'y a, d'ailleurs, pas à crain-

dre d'aller trop profondément ; les plaies qui plongent dans le tissu sous-dermique se cicatrisent beaucoup mieux, avec une fine suture, que celles qui restent trop superficielles.

Contre-indications. — Certaines localisations sont peut-être une contre-indication à l'emploi de cette méthode : tels sont, par exemple, le frein, le gland, le méat.

Pour le frein, il semble que l'on puisse cependant l'enlever le plus souvent sans grand dommage. Si le chancre siège sur cette région, qu'il soit encore petit, le mieux est d'enlever frein et chancre par une incision en V. Le malade n'a, d'ailleurs, pas à déplorer la perte de son frein qui serait certainement dévoré par l'extension du processus chancreux. On place une pince et un fil, en cas d'hémorrhagie ; celle-ci est d'ailleurs insignifiante et un pansement un peu compressif suffit le plus souvent à l'arrêter.

Pour le sillon balano-préputial, le méat ou le gland, où la cicatrice pourrait être défectueuse, on agira comme ci-après.

B. — LES CHANCRES SONT MULTIPLES OU MAL PLACÉS.

Nous ferons remarquer que nous n'en sommes encore qu'à la période de début ; il s'agit donc de trouver, non un traitement cicatrisant à échéance plus ou moins longue, mais un traitement abortif. Nous avons vu, plus haut, le nombre des caustiques chimiques proposés comme abortifs ; nous nous

bornerons à en rappeler quelques-uns (tous les caustiques d'ailleurs ont joui de la réputation de transformer rapidement le chancre en une plaie de bonne nature). Signalons, en particulier, les badigeonnages d'acide phénique au 1/10, grâce auxquels, d'après Montilier, la guérison pourrait être obtenue en quatre ou cinq jours. L'acide salicylique aurait une action plus rapide encore, puisque, d'après Hebra, deux ou trois applications de cette substance suffiraient à détruire les propriétés spécifiques du chancre et à le transformer en une plaie se cicatrisant en 24 ou 48 heures. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point. Loin de nous, certes, la pensée de contester les résultats obtenus par ces auteurs et tant d'autres que nous avons cités plus haut, ils les ont constatés, ils sont certains. Mais on ne peut s'empêcher de penser qu'ils sont trop beaux pour être constants. On a pu obtenir de ci de là quelques guérisons rapides, mais tous ces agents ne sont que des pseudo-abortifs dont l'action se bornera à transformer plus ou moins rapidement le chancre en une plaie simple, laquelle se cicatrisera ensuite dans un laps de temps plus ou moins long. C'est pourquoi, tout en ne dédaignant pas d'employer, au besoin, les agents qui précèdent, il nous semble que l'on devra, autant que possible, recourir au seul moyen capable de détruire rapidement et sûrement la virulence de la pustule chancrelleuse : la cautérisation par le feu. On emploiera, pour cela, soit l'électro-cautère, soit la fine pointe du thermocautère.

Nous insistons tout spécialement sur la nécessité

absolue de brûler très complètement, non seulement la petite ulcération centrale, mais encore toute la bordure érythémateuse, rouge, qui l'entoure, en un mot de dépasser, avec l'électro-cautère, les limites visibles du mal. Sans cette précaution on s'exposerait à voir le processus continuer à s'étendre malgré la cautérisation centrale. On lavera très soigneusement à l'eau blanche et on pansera toutes les ulcérations cicatrisées avec de l'iodoforme. Si le malade, pour une raison ou pour une autre, redoute l'odeur persistante de cette substance, on pourra la remplacer par l'acide salicylique, la résorcine ou mieux encore l'aristol. Si la cautérisation a été suffisante, si elle n'a pas été faite trop tard, il s'ensuit une ulcération rouge, puis bourgeonnante, qui se cicatrise en quelques jours, après la chute de la petite escharre noirâtre consécutive à la brûlure.

Pour la cautérisation au thermo ou à l'électro-cautère, on peut obtenir une anesthésie relative au moyen de badigeonnages avec une solution de cocaïne à 1/30. Mais cette pratique servira surtout à rassurer les sujets qui redoutent l'intervention, car nous devons avouer que la sensation douloureuse des piqûres n'en est que fort peu atténuée.

Si, dans les quatre ou cinq jours qui suivent, l'ulcération se recouvre d'une pellicule grisâtre, si le bord s'étend excentriquement, si le fond se déchiquette, le traitement abortif n'a pas réussi et on doit recourir au traitement classique que nous allons maintenant exposer.

II. — Les chancres ayant évolué le malade se présente à la période d'état

A. — CHANCRES MULTIPLES, PLUS OU MOINS NOMBREUX, RÉPANDUS SUR LA MUQUEUSE OU LA PEAU

Il ne peut, naturellement plus être question de traitement abortif et la maladie doit suivre son cours; mais il s'agit de déterger, le plus vite possible, le fond de l'ulcération chancreuse, de la débarrasser de son exsudat virulent et de remplacer cette plaie spécifique par une ulcération banale, ayant tendance au bourgeonnement et à la réparation.

Nous distinguerons donc deux temps dans le traitement : le premier : a), consistera à *déterger l'ulcère chancreux, tout en empêchant l'inoculation des parties voisines*; ceci fait, il restera : b) à *faire cicatriser le plus vite possible la plaie chancreuse cautérisée*.

a) On empêchera l'inoculation des parties voisines par des lavages répétés de la région, des bains locaux et la cautérisation des chancres eux-mêmes.

1^o *Lavages*. — Les plus simples sont les meilleurs et, comme nous l'avons dit plus haut, le choix de la substance employée importe peu, pourvu que les lavages soient bien faits, c'est-à-dire assez fréquents et suffisamment prolongés. On lavera, par

exemple, la plaie trois ou quatre fois par jour avec de l'eau blanche, ou avec la solution suivante :

Sulfate de cuivre.....	5g
Sulfate de zinc.....	2g
Eau blanche.....	/ à 250g
Eau distillée.....	

2° Aux lavages seront associés avec fruit les *bains locaux chauds*, dont l'action anti-congestive et anti-inflammatoire aura une heureuse influence sur la marche de l'ulcère. Nous ne ferons que rappeler les heureux résultats obtenus au moyen des bains chauds par Simmons, Hutchinson, Aubert, Lormand, Arnouzan et Vigneron et nombre d'autres auteurs ; rappelons également que, pour être efficaces, les bains doivent être donnés à une température de 39° ou 40 degrés et prolongés pendant une demi-heure au moins.

3° *Cautérisation du ou des chancres eux-mêmes.*

— Ce sera ici le cas de recourir aux divers agents chimiques et physiques que nous avons étudiés plus haut. Les badigeonnages avec la solution d'acide phénique à 1/10 (Montilier) ou avec l'acide phénique pur (Neisser), les applications de chlorure de zinc sous forme de pâte de Canquoin ou mieux en solutions étendues, beaucoup moins dangereuses que cette dernière, tels sont quelques-uns des moyens que nous aurons à notre disposition pour obtenir cette cautérisation.

Parmi les agents physiques, nous pourrions avoir

recours à l'air chaud (Haralamb), mais surtout aux radiations caloriques. Cette dernière méthode consiste à faire tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'à détergement de la plaie (il est obtenu en cinq à six jours en moyenne), une séance de 10 minutes à un quart d'heure avec le thermocautère chauffé au rouge blanc ; on éloigne et on rapproche alternativement de la plaie la pointe chauffée, suivant la résistance du malade à la chaleur dégagée. Il est rare qu'une seule séance suffise ; le plus souvent 3 ou 4 séances sont nécessaires pour déterger le fond des ulcérations. Dans l'intervalle des séances, on aura soin de poudrer avec de la résorcine, de l'acide salicylique ou du calomel et surtout de maintenir entre le gland et le prépuce une mèche de gaze qui fera l'office d'un drain. Nous avons cité plus haut l'excellente statistique que cette méthode a donnée à Krösing en 1899 : sur 40 cas de chancres simples traités par la chaleur rayonnante, 31 ont guéri après une durée moyenne de 21 jours (l'auteur n'a vu les 9 autres qu'une seule fois). Couramment employées à la clinique de l'Antiquaille, les radiations caloriques ont toujours donné ce que l'on peut appeler d'excellents résultats, c'est-à-dire des guérisons complètes en 20 ou 25 jours.

Il semble donc que, pour déterger et cautériser les chancres simples, à la période d'état, ce sont les radiations caloriques qui paraissent donner de beaucoup les meilleurs résultats.

b). Une fois disparue l'escharre jaunâtre qui fait le fond de l'ulcère chancreux, il faudra passer à la

deuxième période du traitement, c'est-à-dire faire cicatriser le plus vite possible la plaie restante. Pour cela, il suffira de la traiter comme une plaie banale : on la lavera souvent et soigneusement, on la poudrera avec de l'aristol, du dermatol ou de l'iodoforme et, surtout, on empêchera autant qu'on le pourra, la reprise prématurée des coïts.

B. — LES CHANCRES OCCUPENT QUELQUES
LOCALISATIONS PARTICULIÈRES

Certaines localisations impliquent un traitement un peu spécial ou, tout au moins, une certaine surveillance, tels l'urèthre et le méat, le frein, le limbe préputial.

a). *Urèthre et méat.* — On fera, plusieurs fois par jour, des injections appropriantes avec la solution d'eau blanche; dans l'intervalle des lavages, on y laissera, en guise de drain, une mèche de gaze iodoformée, enfin on veillera avec soin au rétrécissement possible.

b). *Frein.* — Quand le chancre naît sur les côtés du frein et passe par-dessous, il sera préférable de couper au ciseau le pont situé au-dessus, car il est sacrifié d'avance et ne peut que retarder la guérison; on n'aura guère à se préoccuper de l'hémorrhagie consécutive qui est presque toujours insignifiante.

c). *Limbe préputial.* — *Les chancres mous multi-*

ples sont disposés en couronne sur le limbe preputial.

— Dans ces conditions, si les chancres n'encombrent pas la face interne de la muqueuse ou le sillon balano-préputial, en un mot, si on pense que l'incision puisse passer en tissu sain, il nous semble qu'on ne doit pas hésiter à enlever le prépuce par une circoncision classique, avec quelques précautions nécessitées par la présence des chancres.

En effet, quel est le gros danger dans cette opération ? C'est l'inoculation de la cicatrice invoquée par nombre d'auteurs. Or, il est certain que, moyennant certaines précautions, on peut arriver à éviter cette inoculation, et les résultats que nous avons vu obtenir par M. le docteur Carle, à la Clinique de l'Antiquaille, sont plutôt encourageants.

Voici la technique suivie : 1^o Une antisepsie soignée est la condition essentielle; sans aller jusqu'à la pluie d'acide phénique recommandée par M. Aubert, on aura recours à un bon nettoyage au savon, puis à l'eau oxygénée à 6 et même à 12 volumes ou au sublimé faible. Il est indispensable de faire pénétrer ces lavages jusque sous le prépuce, même si la présence des chancres sur le limbe empêche de décalotter; 2^o Une deuxième précaution consiste dans la cautérisation préalable au thermocautère (le malade étant endormi) de tous les chancres mous visibles. Ces deux conditions essentielles étant remplies, on fera encore une dernière cautérisation avec une solution de chlorure de zinc à la dose de 60 grammes pour 40 grammes d'eau : pour cela, le prépuce étant relevé en entonnoir, la solution

sera portée, avec une seringue, sur toute la surface de la muqueuse. Enfin, après un dernier nettoyage, on opérera suivant les règles ordinaires. Il est inutile de ménager le frein ; après l'opération on recouvrira la plaie d'un pansement très propre que l'on surveillera attentivement.

Sur 14 cas de chancres mous multiples du limbe préputial ainsi opérés, M. Carle n'a eu qu'une seule fois une inoculation des bords de la plaie.

Nous ne nous attarderons pas à faire ressortir les avantages inappréciables de cette façon de procéder qui guérit cinq à six chancres en une quinzaine de jours, temps strictement nécessaire à la cicatrisation, et prévient les balanites et autres complications consécutives à ce genre de localisations. L'ablation du prépuce est un argument de plus en faveur de cette méthode.

Si l'antisepsie a été insuffisante, que la cicatrice se chancrellise, on s'en apercevra à la douleur très marquée que ressent le malade à l'enlèvement du pansement. Dans ce cas, inspecter soigneusement la cicatrice et, si un point tout spécialement douloureux, jaunâtre, se creuse sur cette cicatrice, le soumettre de suite aux radiations caloriques. La guérison se fait de même, mais elle est renvoyée à un mois environ.

Complications

1^o PHIMOSIS ET BALANITE DUS A CHANCRES MULTIPLES DU LIMBE PRÉPUTIAL

La prédominance de l'élément inflammatoire est ici une indication formelle à l'emploi des bains locaux. Ils seront fréquents et prolongés et on les donnera à une température aussi élevée que possible. On pratiquera en même temps de nombreuses injections (au moins cinq à dix par jour) entre le prépuce et le gland ; on pourra, pour cela, employer le sulfate de zinc à 10/1000, l'eau blanche, le sublimé à 0.50 pour 1000, le permanganate de potasse à 1/000, l'eau oxygénée, la solution ammoniacale de sulfate de cuivre, etc. Il est nécessaire, au préalable, d'exprimer complètement le pus et, dans l'intervalle des injections, il est utile de saupoudrer de calomel l'espace compris entre le gland et le prépuce, ou, mieux encore, d'y glisser, avec une sonde, une mèche de gaze iodoformée ; on obtiendra ainsi une sorte de drainage de cette cavité. Un complément nécessaire de cette façon d'agir consiste dans la cautérisation au thermocautère de tous les chancres visibles : on s'efforcera, en même temps, de décalotter tous les jours un peu plus.

Mais ce traitement est souvent excessivement long. Aussi est-il quelquefois préférable d'opérer et d'enlever le prépuce, quitte à passer en plein tissu chancereux. Cette méthode est, de beaucoup, la plus

rapide et aussi la plus sûre au point de vue de la guérison. Mais elle présente aussi un gros inconvénient, sur lequel nous avons d'ailleurs insisté plus haut : c'est l'inoculation de la plaie opératoire ; nous devons cependant reconnaître, ainsi que nous l'avons vu également, que certaines précautions permettent d'échapper à ce danger dans la plupart des cas. L'intervention est ici un peu plus délicate, d'abord à cause de l'élément inflammatoire qui doit entrer en ligne de compte et, ensuite, parce qu'il est souvent difficile d'affirmer l'absence de chancre sur le prépuce non décalotté. On aura soin de faire, au préalable, l'injection avec la solution forte de chlorure de zinc à 60 pour 40, et de la faire pénétrer dans tous les recoins ; on lavera également avec beaucoup de soin, dans le prépuce, avant toute incision et plusieurs fois encore au cours de l'opération ; pour tous ces lavages, l'eau blanche ou la solution de permanganate de potasse suffisent largement. L'opération se fait comme précédemment. Au cas où des chancres non prévus apparaîtraient dans le prépuce, on tâcherait de les éviter ; sinon, on taillera en plein tissu chancreux, en cautérisant vigoureusement au chlorure de zinc toutes les parties malades. L'opération sera suivie d'un pansement aseptique que l'on surveillera avec soin.

Que si malgré toutes ces précautions, ce que l'on redoutait vient à se produire, si, en un mot, l'infection chancreuse se propage à la plaie opératoire, on traitera les chancrifications par les bains locaux très chauds, ou, mieux encore, par les radiations

caloriques ; nous avons déjà exposé en quoi consiste cette méthode qui donne d'excellents résultats.

D'ailleurs les résultats définitifs de la circoncision, pratiquée dans ces conditions, sont bien meilleurs qu'on ne le penserait ; le plus souvent les malades sont guéris en un mois. Sur sept cas, ainsi traités par lui à l'Antiquaille, M. le Dr Carle, qui a bien voulu nous communiquer sa statistique, n'a observé qu'une seule inoculation de la cicatrice et un cas d'infection avec adénite inguinale suppurée. Les deux cas ont d'ailleurs guéri après deux mois de traitement.

2^o GANGRÈNE. — PHAGÉDÉNISME.

Le traitement de ces deux complications ne présente rien de bien spécial. Nous dirons seulement que si l'on soupçonne la gangrène sous un prépuce œdémateux, rouge, douloureux, phimotique, il faut se hâter d'inciser et de circoncire. Dans le cas de phagédénisme, les curettages précoces et surtout les radiations caloriques donnent d'excellents résultats. Parmi les antiseptiques, l'eau oxygénée à 12 volumes nous semble devoir être préférée à tous les autres.

3^o BUBON.

A. — *Traitement prophylactique.* — Et, d'abord, existe-t-il un traitement prophylactique du bubon ? Certains auteurs l'ont cru et ont pensé pouvoir réaliser ce traitement prophylactique par l'emploi de

diverses substances, d'ailleurs variables avec chacun d'eux. M. Christian n'a-t-il pas cru pouvoir, dans 50 pour cent des cas, empêcher le développement des bubons par des onctions pratiquées tous les deux jours avec une pommade à base d'ichthyol et de mercure ? Devant de tels résultats, il conviendrait de s'incliner. Malheureusement d'autres auteurs ont rapporté des succès tout aussi brillants obtenus par des modes de traitement totalement différents. Aussi la multiplicité des méthodes préconisées nous rend-elle quelque peu sceptique sur leur efficacité réelle.

En réalité, s'il existe des modes de traitement qui, plus que d'autres, sont susceptibles de donner naissance au bubon, par contre, il n'en est pas, croyons-nous, qui mette sûrement à l'abri de cette complication. Le développement du bubon est singulièrement favorisé par les infections secondaires qui, chez les malades peu soucieux de la propreté, s'emparent de la surface chancrellisée. Les lavages fréquents, une asepsie minutieuse, en empêchant ces infections secondaires, réaliseront, dans une large mesure, le traitement prophylactique du bubon. D'autre part, l'incision hâtive du chancre, quand elle sera possible, en supprimant la lésion, en assurant l'asepsie des régions atteintes, mettra, plus que tout autre mode de traitement, à l'abri de la complication ganglionnaire.

B. — *Traitement abortif.* — Le bubon est en voie de formation, est-il possible de le juguler et quels

sont les procédés qui ont été préconisés dans ce but? Nous venons de voir comment M. Christian pensait pouvoir arriver à ce résultat et, dans notre première partie, nous avons longuement insisté sur la méthode de E. Welander qui, pour atteindre ce but, pratiquait des injections avec une solution de benzoate de mercure et aurait obtenu 78 résultats favorables sur 100 cas ainsi traités. MM. Brousse et Bothezat ont fait, nous l'avons vu également, la critique du traitement abortif des bubons par la méthode de E. Welander (*Cf.* page 13) et, à propos du traitement prophylactique, nous avons dit ce qu'il nous semblait qu'on dût penser de la méthode de Christian, nous n'y reviendrons pas. Mais, de tout ce qui précède il nous semble qu'on puisse tirer la conclusion suivante : l'abortion des bubons a pu être obtenue dans un certain nombre de cas favorables, mais telle méthode qui avait paru donner, entre les mains de certains auteurs, des résultats heureux, est restée complètement inefficace en d'autres mains que les leurs et, en dernière analyse, devant ces contradictions, il ne nous semble pas qu'on puisse dire avec raison qu'il existe un traitement abortif du bubon chancreux.

C. — *Traitement du bubon constitué.* — Le bubon est constitué, que convient-il de faire? Nous avons vu dans notre première partie, combien sont nombreux les modes de traitement préconisés dans ce cas. Nous y avons insisté suffisamment pour nous dispenser d'y revenir ici, si ce n'est pour les rappeler

rapidement. On a d'abord traité les bubons par l'injection de diverses substances : l'acide phénique à 1/60 (Philip Harvey), l'éther iodoformé (Eichstorff), la vaseline iodoformée (Fontan et Henric), etc. On a ensuite préconisé l'aspiration (Le Pileur), les ponctions multiples (Wieger), la ponction ou l'incision suivies d'injections modificatrices au chlorure de zinc, au nitrate d'argent, etc. Nous trouvons enfin le traitement chirurgical proprement dit, qui consiste dans le curettage des produits pathologiques, et dans l'excision des bords et des lambeaux cutanés, de façon à transformer la plaie virulente en une plaie simple et de bonne nature.

A laquelle de ces méthodes, aurons-nous recours ? Pour répondre à cette question nous aurons à envisager les différentes hypothèses suivantes :

a). *Le bubon n'est pas ouvert.* — Il faudra, dans ce cas, attendre la fluctuation, en le mettant à l'abri des frottements et de toutes les causes d'irritation (marche et fatigues de toutes sortes) ; la résolution pourra ainsi se faire quelquefois, mais elle se fera spontanément. Ce n'est guère que pour satisfaire le malade que l'on pourra prescrire quelques onctions belladonnées, mais jamais de frictions à l'onguent napolitain. L'action de ce médicament est telle, en effet, que nous avons entendu M. le professeur GAILLETON signaler que des frictions de ce genre avaient pu transformer en bubon des adénopathies inguinales syphilitiques.

Dès que la fluctuation sera nette, on ouvrira l'abcès

au moyen d'une simple ponction ou d'une incision de très petite étendue ; éviter les grandes incisions qui favorisent la chancrellisation des bords. Après avoir évacué complètement le pus, on se contentera d'introduire une mèche de gaze, de façon à drainer la cavité et on recouvrira d'un pansement aseptique ; quant aux injections modificatrices, elles sont, le plus souvent, inutiles, quelquefois même irritantes.

b). *Le bubon s'est ouvert spontanément.* — Les lavages et les pansements aseptiques feront ici tous les frais du traitement ; mais on n'oubliera pas en même temps, de surveiller attentivement la chancrellisation des bords.

c). *Le bubon est déjà chancrellisé.* — C'est évidemment le cas le plus défavorable au point de vue de la guérison. Aux lavages fréquents il faudra associer une intervention plus active ; c'est ici qu'on pourra employer avec fruit les radiations caloriques. On aura soin, enfin, dans ce cas, de surveiller l'état général du malade, de façon à pouvoir, en cas de besoin, soutenir ses forces au moyen de toniques appropriés, en un mot de veiller au phagédénisme possible.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement abortif du chancre mou est, la plupart du temps, illusoire par l'emploi des méthodes dites médicales. Dans les deux premiers jours, la cautérisation par le fer rouge peut l'arrêter; plus tard, seule, l'ablation, par la méthode de Unna, donne des résultats satisfaisants.

II. — Par contre, l'emploi des cautérisants, des antiseptiques multiples préconisés par les auteurs, a une action indéniable sur son évolution. Pendant la période d'extension et la période d'état, les cautérisants sont donc indiqués et, parmi eux, les radiations caloriques donnent les résultats les plus constants et les plus rapides.

III. — Dans le traitement des complications, il semble qu'on puisse faire une très large part à

l'ablation du prépuce porteur des chancres, dans le cas de phimosis, car de fortes cautérisations préalables et une antisepsie minutieuse permettront, la plupart du temps, d'éviter l'inoculation de la cicatrice.

Vu :

Le président de la Thèse,
GAILLETON.

Vu :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 octobre 1903.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ROUX. — Du bubon suppuré et de son traitement par les injections iodées. *Archives Générales de Méd.*, 1846.

J.-P. TEISSIER. — Remarques sur le traitement du chancre phagédénique par l'arsenic. *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXVIII, 1850.

SIGMUND. — Du traitement du chancre. *Wiener Med. Woch.*, et *Revue Médic. chirurg. de Malg.*, t. XVIII, 1855.

DEBAUGE. — Traitement du chancre simple et des bubons chancreux par le chlorure de zinc. Thèse de Paris, 1858.

F. TILLOT. — Du traitement du phagédénisme par le chlorate de potasse. *Bull. Thérap.*, mars 1866.

FOUCHER. — Traitement du bubon phagédénique avec la solution de sulfate de cuivre. *Gazette des Hôpitaux*, 1866.

DESPRÈS. — De la solution saturée de chlorure de zinc dans le traitement des chancres. *Bull. gén. Thérap.*, 1867.

BELHOMME. — Traitement du phagédénisme chancreux par le calomel à l'intérieur. *Bull. gén. Thérap.*, 1868.

CHAMPOLLION. — Traitement du chancre simple par la poudre de camphre. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1869.

DIDAY. — Avortement des bubons. *Annales de Dermat.*, 1869.

HÉMAR. — Traitement des ulcères vénériens par les irrigations d'eau fraîche. *Recueil méd. et Chirurgic. milit.*, 1870.

DESPRÈS. — Malade atteinte d'un vaste chancre phagédénique

- serpigineux, guérie par érysipèle provoqué. *Bull. de l'Acad. Méd.*, juillet 1870.
- BAUDOIN. — Traitement du phagédénisme par le camphre en poudre. *Annales de Dermatologie*, 1871.
- SANGIORGIO. — Formule de la décoction de Pollini. *Annales de Dermatologie*, 1871.
- BORCHETTA. — Décoction de Pollini. *Giorn. ital. de mal. ven.*, 1871.
- Césaire BOZZI. — Poudre d'iodoforme. *Giorn. ital. de mal. ven.*, 1871.
- GAMBORINI. — Terapeutica dei mali venerei, *Giorn. ital. de mal. ven.*, 1877.
- SÉE. — Note sur l'emploi du silicate de soude dans quelques affections vénériennes. *Annales de Dermatologie*, 1872.
- RENAULT. — Chancre compliqué de phagédénisme. Bons effets du camphre, *Montpellier Méd.*, 1872.
- GAFÉ. — De l'emploi du camphre dans le phagédénisme. *Lyon Médical*, 1872.
- HUTCHINSON. — Traitement des chancres phagédéniques par l'irrigation continue. *Annales de Dermatologie*, 1872.
- PETITEAU. — De l'iodoforme. *Annales de Dermatologie*, 1872.
- PROFETA. — Emploi de l'iodoforme dans le traitement des ulcères vénériens. Lettre à M. le Dr Doyon. *Annales de Dermatologie*, 1873.
- ERASMO DE PAOLI. — Applicazione del cloradio idrata nella cura delle ulceri molli. *Giorn. ital. d. mal. ven.*, 1873.
- SIGMUND. — Observ. prat. sur l'emploi de l'acide phénique dans les mal. vén. *Aerzlichen Litteraturblatt*, 1873.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Des appl. ext. de l'hydr. de chloral et du métachloral. *Annales de Dermatologie*, 1873.
- BESNIER. — Emploi de l'iodoforme. *Annales de Dermatologie*, 1873.
- R.-W. TAYLOR. — De quelques points pratiques du traitement du phimosis produit par les ulcères vénériens. *Annales de Dermat.*, 1873-74.
- LANGLEBERT. — Pansement du chancre gangréneux. *Union Méd.*, 1874.
- LE PILEUR. — Traitement de certaines adénites inguinales par l'aspiration. *Annales de Dermatologie*, 1874-75.

- SIMMONS. — Traitement des chancres simples par l'immersion dans l'eau chaude. *Med. Record London*, 1875.
- A. FIENGA. — Experimenti sull' azione dell' acido salicilico. *Revue Hayem*, t. VII, 1875.
- PIFFARD. — Du traitement des chancres mous par le cautère actuel. *Arch. of. clin. surg. New-York*, 1876.
- PIROCCHI. — Emploi de taya dans le traitement de l'ulcère phagédénique. *Annales de Dermatologie*, 1877-78.
- CARAMITTI. — Traitement des adénites chancreuses. *Giorn. it. d. mal. ven.*, 1879.
- BARDUZZI. — De l'iodoforme dans la thérapeutique des maladies vénériennes. *Annales de Dermatologie*, 1880.
- MAURIAC. — Traitement de l'adénopathie virulente ou chancrelleuse au moment de son apparition. *Journal de Méd. et de Chir. pratique*, 1880.
- OTIS. — Traitement des bubons suppurants par le sulfure de calcium administré à l'intérieur. *Annales de Dermatologie*, 1880.
- LE PILEUR. — Nouveaux faits en faveur de l'aspiration. *Annales de Dermatologie*, 1880.
- E. VIDAL. — Traitement des chancres simples par l'acide pyrogallique. *Société de Thérapeutique*, 1880.
- BONALUMI. — De l'iodoforme. *Annales de Dermatologie*, 1880.
- MARC SÉE. — Traitement des ulcères virulents par le râclage. Communication à la Société de Chirurgie, 1880.
- LE PILEUR. — Nouveaux faits en faveur de l'aspiration. *Annales de Dermatologie*, 1881.
- WIEGER. — Traitement des bubons par les ponctions multiples. *Annales de Dermatologie*, 1881.
- LAJOUÉ. — Du camphre salicylé dans les ulcères phagédéniques. *Annales de Dermatologie*, 1881.
- DIDAY, TERRILLON, VIDAL. — Recherches sur le traitement des chancres mous. *Paris-Médical*, 1881.
- A. HITIEN. — De l'emploi de l'acide pyrogallique. *Revue des Sciences Méd.*, 1882.
- DELAHOUSSE. — Traitement des bubons suppurés par la méthode antiseptique. *Annales de Dermatologie*, 1882.
- C. THIERSCH. — Traitement des chancres phagédéniques par

- les injections parenchymateuse d'azotate d'argent. *Annales de Dermatologie*, 1882.
- AUBERT. — De la réunion immédiate dans l'opération du phimosis compliquant le chancre simple. *Lyon Médical*, 1882.
- AUBERT. — De l'atténuation par la chaleur du virus du chancre simple. *Lyon Médical*, 1883.
- E. VIDAL. — Acide pyrogallique, *Acad. Méd.*, 1883.
- LEBLOND et FISSIAUX. — Traitement du chancre simple chez la femme par la résorcine. *Annales de Gynécologie*, 1883.
- HEBRA. — Traitement abortif des chancres mous. *Wiener Med. Presse*, 1884.
- LORMAND. — La chaleur et le chancre simple. *France Médicale*, 1884.
- PHILIPP HARVEY. — Du traitement des bubons. *Medical News*, 1886.
- EICHSTORFF. — Traitement des bubons par les injections d'éther iodoformé. Thèse de Paris, 1889.
- MONTILIER. — Le chancre mou et son traitement. Thèse de Paris, 1889.
- SZADEK. — Traitement du chancre simple par l'acide salicylique. *Revista de Dermatologia y sifiliographia Madrid*, 1889.
- MOREL-LAVALLÉE. — Traitement du chancre simple et de ses complications. *Gazette des Hôpitaux*, 1890.
- CORDIER. — Traitement du bubon. *Lyon Médical*, 1890.
- ARNOZAN et VIGNERON. — Du traitement de la chancrelle et du bubon chancreux par les applications locales d'eau chaude. *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1891.
- LANG. — Traitement des bubons. *Annales de Dermatologie*, 1891.
- E. WELANDER. — Traitement abortif du bubon. *Archiv. für Dermatologia und syphilis*, 1891.
- BALZER et SOUPLET. — Emploi du chlorure de zinc dans le traitement du chancre mou et du bubon. *Bulletin Médical*, 1891.
- M. WELANDER (de Stockholm). — *Annales de Dermatologie*, 1892.
- LEGRAIN. — *Annales de Dermatologie*, 1892.
- G. SALSETTO. — Sulla opportunità di operari il fimosi che complica l'ulca venerera. Il Morgagni, 1892.

- L. ESTAY. — Traitement du chancre simple par l'europhène. *Annales de Dermatologie*, 1893.
- E. CAVAZZANI. — Traitement du chancre simple. *Annales de Dermatologie*, 1893.
- J. FOURNIER. — Traitement par l'eau chaude. *Annales de Dermatologie*, 1893.
- SPIETSCHKA. — Traitement des bubons. *Annales de Dermatologie*, 1893.
- WILIAM R. OTIS. — Traitement des bubons. *Annales de Dermatologie*, 1893.
- BROUSSE et BOTHEZAT. — De la valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander. *Annales de Dermatologie*, 1893.
- STEPANOFF. — Traitement du chancre mou. *Annales de Dermatologie*, 1894.
- PARKER-WORSTER. — *Annales de Dermatologie*, 1894.
- LORAND. — *Annales de Dermatologie*. 1894.
- J. GARLAND-SHERRILL. — *Annales de Dermatologie*, 1894.
- PEREZ ORTIS. — *Revista de Medicina y Cirurgia praticas*. Madrid, 1894.
- H. RONDELLI. — Traitement des bubons. *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, 1894.
- A. NEISSER. — Traitement du chancre mou par l'acide phénique pur. *Annales de Dermatologie*, 1895.
- E. FEIBES. — *Annales de Dermatologie*, 1895.
- W. FRANK. — *Annales de Dermatologie*, 1895.
- LASSAR. — *Annales de Dermatologie*, 1895.
- H. HALLOPEAU et MACREZ. — Traitement du phagédénisme du chancre simple par la solution forte de tartrate ferrico-potassique. *Annales*, 1895.
- HENRIC. — Traitement du bubon suppuré par l'injection de vaseline iodoformée et le pansement occlusif. Thèse de 1895.
- GRITZOFF. — Traitement du chancre mou. *Supplément médical russe du Recueil de la Marine*, 1895.
- PIASESKI et ORNSTEIN. — Traitement des bubons suppurés par la méthode de Lang. *Presse Médicale Roumaine*, 1895.
- F. BALZER. — Traitement de la chancrelle phagédénique par l'irrigation continue avec la solution chaude de permanganate de potasse. *Annales de Dermatologie*, 1896.

- S. GIOVANNINI. — Prophylaxie du chancre simple. *Id.* 1897.
- DJELALEDIN MOUKHAR (de Constantinople). — Traitement du chancre par le gaïacol. *Annales de Dermatologie*, 1897.
- HARALAMB (de Bucharest). — Traitement du chancre mou par les courants d'air chaud. — *Société de Dermatologie*, 1897.
- H. FOURNIER. — Sur le traitement du bubon chancreux et, en particulier, de l'extirpation des variétés polyadénopathies. *Annales*, 1897.
- UNNA. — Abrasion du chancre mou. *Monatsh. f. prakt Dermatologia*, 1898.
- OHMANN-DUMESNIL. — Un traitement rapide du chancre simple et des lésions ulcéreuses. *Saint-Louis Medical and Surgical Journal*, 1898.
- BRAULT — Paraphimosis et circoncision. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1898.
- ARNING. — Traitement du chancre mou. *Annales de Dermatologie*, 1899.
- R. KRÖSING. — Traitement du chancre mou par la chaleur rayonnante. *Annales de Dermatologie*, 1899.
- MELAZZO — *Giorn. ital. d. mal. vener.*, 1899.
- MANFANOWSKI. — Traitement du chancre mou par la vaporisation. *Annales de Dermatologie*, 1899.
- CHRISTIAN. — Traitement abortif du bubon. *Therapeutic Gazette*, 1900.
- S. GIOVANNINI. — Recherches expérimentales sur la désinfection des plaies qui ont été infectées avec du pus de chancre simple. *Archiv. f. Dermatologia u. syphilis*, 1901.
- BRANDWEILLER. — Traitement du chancre mou par les vaporisations de chlorure de méthyle. *Presse Médicale*, 1902.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes.
- DIDAY. — La pratique des maladies vénériennes.

